

AL SERVIZIO FARMACEUTICO  
A.S.M. – MATERA  
VIA MONTESCAGLIOSO, S.N.  
75100 – MATERA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ (MT) il \_\_\_\_\_ e regolarmente iscritto/a  
all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Matera dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_,  
con la presente

CHIEDE

il rilascio di un certificato di servizio delle attività professionali svolte in farmacia.

Si ringrazia e si porgono distinti saluti.

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_